

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900.— N° 22

DES CATARACTES

qui ne doivent pas être opérées chez les jeunes sujets

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph LAJOANIO

né le 29 Décembre 1875 à Saint-Antonin (Tarn et Garonne)

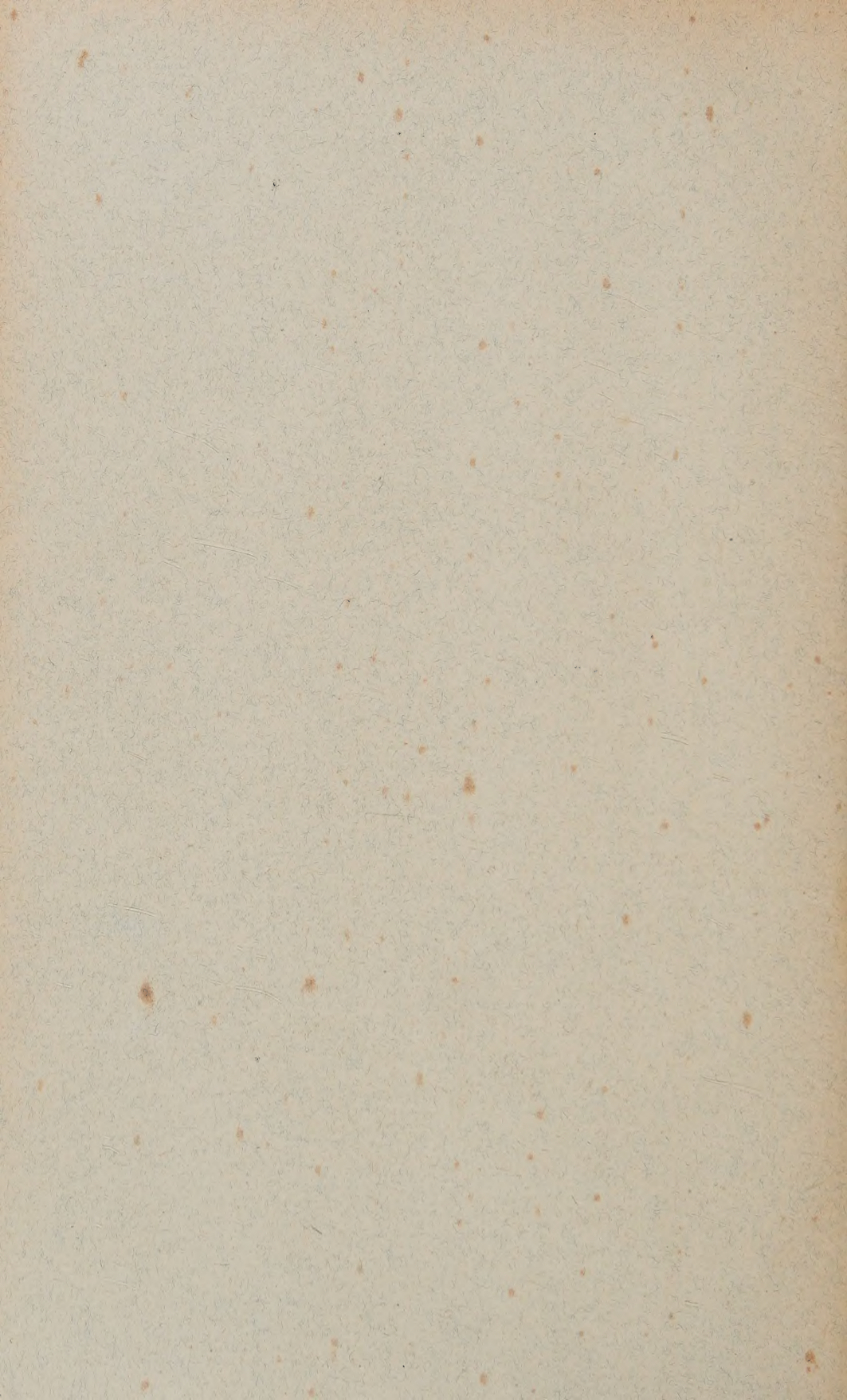


DIJON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ

Rue Amiral-Roussin, 40

—
1899



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900.— N° 29

DES CATARACTES

qui ne doivent pas être opérées chez les jeunes sujets

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

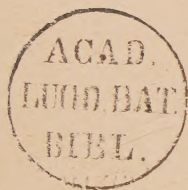
Et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph LAJOANIO

né le 29 Décembre 1875 à Saint-Antonin (Tarn et Garonne)



DIJON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ

Rue Amiral-Roussin, 40

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		MONOYER.
Matière médicale et botanique.....		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....		CAZENEUVE.
Anatomie.....		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....		LORTET.
Physiologie.....		TESTUT.
Pathologie interne.....		RENAUT.
Pathologie externe.....		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....		TRIPPIER.
Médecine légale.....		POLLOSSON(M.)
Hygiène.....		ARLOING.
Thérapeutique.....		LACASSAGNE.
Pharmacie.....		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des enfants.....	WEILL, agrégé.
Maladie des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS —
Accouchements.....	POLLOSSON(A.) —
Propédeutique médicale.....	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE —
Botanique.....	BEAUVISAGE —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, Président; M. SIRAUD, Assesseur;
MM. DOYON et PIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE D'AFFECTION ET DE RECONNAISSANCE

A M. LE DOCTEUR BORIES

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAYET

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR AURAND

Chef des travaux du Laboratoire de la clinique ophtalmologique

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir exprimer nos sentiments de profonde reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont témoigné de l'affection ou de la bienveillance.

C'est à M. le professeur Gayet qu'iront tout d'abord nos remerciements. Pendant trois ans, nous avons eu le bonheur d'être l'élève d'un tel Maître. Nous aimerons à nous rappeler le chirurgien habile, toujours bienveillant pour ses malades. Après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse il nous fait l'honneur d'en accepter la présidence, nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le docteur Aurand, chef des travaux du laboratoire de la Clinique Ophtalmologique. Dans la rédaction de ce travail, il a bien voulu nous prodiguer ses conseils et diriger nos recherches.

Merci à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon et à ceux de la Faculté de Médecine de Toulouse, qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

Merci à tous nos chefs de l'Ecole du Service de Santé Militaire qui nous ont témoigné de l'intérêt; merci à Messieurs les médecins principaux Pierrot et Annequin, et à Messieurs les médecins majors Marcus et Patte, qui dans une circonstance douloureuse nous ont prodigué leurs soins éclairés.

Merci à tous nos camarades de l'Ecole qui ont eu pour nous quelque sympathie, mais surtout à ceux qui, pendant trois ans, ont partagé nos peines et nos joies.

Enfin et surtout, M. le docteur Bories, notre conseiller fidèle et autorisé, auquel nous aimons à confier nos joies et nos peines, qui en toutes circonstances nous a témoigné une affection toute paternelle et dont l'appui nous a été parfois si précieux, a droit à toute notre reconnaissance. Nous sommes heureux de pouvoir rendre ce faible hommage à ses attentions et à son dévouement.

INTRODUCTION

Le désir d'être utile, le pouvoir de rendre à un organe la fonction qu'il a perdue, quelques heureux résultats obtenus, poussent la plupart des chirurgiens à opérer les cataractes des jeunes sujets, lorsque ces cataractes ne sont pas compliquées et que la sensibilité rétinienne est conservée.

Au point de vue fonctionnel ou au point de vue esthétique les malades retirent-ils de réels avantages de telles interventions ? Le bénéfice de ces opérations est-il certain, aussi certain que veulent le prétendre certains auteurs et leurs dangers aussi minimes qu'ils les montrent ? Leurs suites sont-elles toujours simples, n'y a-t-il jamais de complications ?

En un mot faut-il opérer toutes les cataractes des jeunes sujets ou parfois vaut-il mieux s'abstenir ?

C'est ce que nous nous proposons de rechercher. Nous allons étudier dans des chapitres spéciaux les diverses cataractes que l'on observe chez les jeunes sujets. Après les avoir définies sommairement et après avoir donné les principaux signes cliniques qui permettent de les diagnostiquer et de les différencier nettement les unes des autres, nous exposerons en les comparant les résultats opératoires obtenus avec les différents procédés, nous les discuterons et nous essaierons

d'analyser les causes qui ont pu influencer sur le résultat de l'opération.

De là nous concluerons et nous essaierons de grouper les diverses variétés de cataractes qui doivent ou ne doivent pas être opérées d'après les avantages que présente l'opération ou d'après les dangers qu'elle fait courir.

Nous baserons nos conclusions non seulement sur les résultats immédiats de l'opération, mais encore et surtout sur les résultats fonctionnels éloignés qui sont de beaucoup les plus importants à connaître.

Avant de terminer ce préambule, nous devons dire ce que nous entendons par jeune sujet, et pourquoi nous avons cru devoir faire une étude des cataractes chez les jeunes sujets.

Chez les enfants atteints de cataractes non traumatiques, le cristallin se résorbe très facilement dès que sa substance propre est mise au contact de l'humeur aqueuse. Un procédé opératoire applicable à certaines cataractes est basé sur ce principe, c'est de la dissection que nous voulons parler. Chez les enfants également, dans les cataractes traumatiques par contusion ou par piqûre du cristallin, on observe le même phénomène.

Le cristallin se résorbe spontanément en quatre ou six semaines chez les enfants, et quatre ou six mois chez les adultes jusqu'à trente ans, d'après de Wecker et Landolt.

Dans le dictionnaire des sciences médicales, Warlomont (art. cataracte) admet que la résorption du cristallin peut se faire jusqu'à quarante ans. Monsieur

le professeur Gayet pense qu'on ne peut observer cette résorption que jusqu'à trente-cinq ans.

C'est également jusqu'à cet âge qu'on peut observer les cataractes secondaires par régénération du cristallin. Ces cataractes secondaires viennent compromettre les résultats immédiats des opérations les plus brillantes.

C'est en tenant compte de ces deux faits physiologiques que nous appellerons jeune sujet tout individu n'ayant pas dépassé l'âge de trente-cinq ans ; c'est-à-dire tout individu dont le cristallin est spontanément résorbable et capable de faire, après une première extraction, une cataracte secondaire par régénération du cristallin.

Enfin voici les différentes sortes de cataractes qu'on observe chez les jeunes sujets :

Cataractes molles

- régressives
- zonulaires
- polaires
- traumatiques.

Chaque variété fera l'objet d'un chapitre spécial.

CHAPITRE I^{er}

Des cataractes molles

Avec les cataractes traumatiques, ce sont celles qu'on observe le plus souvent chez les jeunes sujets.

Sont-elles dues à un arrêt de développement du cristallin du fœtus, comme le prétend Waltker, ou à une infection plus tardive, et peuvent-elles se développer chez les enfants et même chez les vieillards? C'est ce que l'on est porté à croire, en parcourant les observations de la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Dolard).

Rarement les cataractes sont unilatérales. Le plus souvent les deux yeux sont atteints et le processus est aussi avancé d'un côté que de l'autre.

Comme caractères cliniques, il y a à noter une pupille blanche ou bleuâtre. L'opacité du cristallin est homogène ou du moins ne présente que des différences de coloration minimales. Lorsqu'on se trouve en présence d'une cataracte incomplète, on peut observer entre le rebord pupillaire et l'opacité, un petit espace transparent noir qui absorbe les rayons obliques et laisse passer les rayons directs. Dans les formes de cataracte complète, l'iris est directement appliqué sur la partie opaque. Dans les cataractes molles infantiles, la pupille a conservé sa mobilité, le diaphragme irien sa disposition et sa forme. Très souvent on opère ces

cataractes. Par une intervention chirurgicale, on espère améliorer la vision quand la cataracte est bilatérale et obtenir en même temps un résultat esthétique quand elle est unilatérale.

Plusieurs procédés opératoires se partagent la faveur des chirurgiens : ce sont les procédés dits de la discision, de l'extraction linéaire, de l'aspiration. Cette dernière n'est qu'une variété de la première. Elle est d'ailleurs beaucoup moins connue.

La discision est une méthode fort ancienne. Elle est basée sur la propriété que possède l'humeur aqueuse de dissoudre et d'absorber le cristallin qu'on met à son contact.

La discision se fait par la cornée ou par la sclérotique. La voie cornéenne est plus souvent suivie. On opère avec ou sans anesthésie générale. On dilate la pupille avec l'atropine, on fixe le globe de l'œil avec une pince, on prend une aiguille très fine dont on enfonce la pointe dans la cornée à 3 ou 4 millimètres du bord sclérotical. L'instrument est d'abord enfoncé perpendiculairement à la surface cornéenne, mais dès que l'aiguille a traversé l'épaisseur de la cornée on lui donne une position oblique en dirigeant sa pointe en haut, vers les limites de la pupille. Arrivé là, on déchire la capsule de haut en bas, puis de gauche à droite, en évitant d'entrer profondément dans les couches corticales. La discision doit être proportionnée au gonflement probable des éléments du cristallin.

Voilà certainement une opération d'une simplicité remarquable, mais les résultats sont-ils toujours en faveur du procédé?

Dans sa thèse, le docteur Bailby donne quelques observations de cataractes molles opérées par ce procédé qu'il expose et qu'il critique. Voici ce qu'il dit : « La moitié de nos opérés par discision revus un certain nombre d'années après, présentent un champ pupillaire suffisamment net, mais tous les autres ont une pupille obstruée par des masses cristalliniennes plus ou moins épaissies. Cela tient évidemment à la lenteur de la résorption. On a dit que celle-ci était d'autant plus active que le sujet était plus jeune. D'une façon générale le fait est exact. Nos observations semblent le prouver..... Mais la règle n'est pas absolue... »

Un enfant de six mois offre plusieurs années après, un champ pupillaire obstrué par des masses cristalliniennes épaissies. Voici son observation.

OBSERVATION N° I

In thèse de Bailby, Lyon 1894.

R. C..., âgé de six mois, domicilié à Bordeaux, cataracte congénitale double.

Discision le 6 octobre 1858 aux deux yeux.

Résorption du cristallin à gauche, à droite le champ pupillaire présente de nombreuses opacités le 2 décembre suivant.

Le 7 décembre 1868, nouvelle discision. Le cristallin commence à peine à se résorber.

Et Bailby ajoute :

« Cette lenteur dans la résorption du cristallin est une complication plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Elle oblige le chirurgien à pratiquer successivement deux, trois, quatre discisions. »

L'auteur fonde son jugement sur une série d'obser-

vations qu'il doit à l'obligeance du docteur Sous, de Bordeaux.

Ces observations dont il est question peuvent-elles servir à établir une statistique quelconque? Nous ne le pensons. L'honorable chirurgien dont parle Bailby a dû donner les observations de beaux résultats, oubliant involontairement celles dont les résultats étaient moins brillants. C'est ce qui arrive le plus souvent. On aime à publier les succès et prudemment on tire le voile sur les malheurs qu'on a eus à supporter.

Aussi trouvons-nous que l'auteur n'est pas assez sévère pour le procédé qu'il juge. Il devrait dire « au moins les trois quarts de nos opérés » et non la moitié. Dans ce cas les résultats ne sont pas brillants, et le procédé serait presque à rejeter.

D'ailleurs, l'opération, qui paraît très facile, est parfois très difficile; les deux lèvres de la plaie de la cristalloïde déchirée par l'aiguille s'accolent si rapidement et si complètement que toute imbibition par l'humeur aqueuse est impossible. En 1879, Alfred Græfe signala une variété de cataracte congénitale remarquable par sa dureté et la résistance particulière qu'elle offre à la résorption. Elle avait été observée par Mooren, Panas, de Wecker. Le cristallin est opaque dans toute son étendue, sa teinte est d'un gris blanchâtre, un peu foncé vers le centre. La dureté du cristallin est comparée à de la cire, tout essai de discision n'amène au lieu de la dilacération que la luxation du cristallin. L'imbibition est très lente ou même nulle.

La discision peut encore provoquer l'apparition de phénomènes glaucomateux signalés par de Graefe

qui les attribue à une imbibition trop rapide de la substance cristallinienne. Cette imbibition serait favorisée, dit de Wecker dans son traité de Chirurgie oculaire, par la trop grande extension donnée à la discision et par la pénétration exagérée de l'aiguille dans la profondeur du cristallin. Celui-ci parfois est luxé et sa luxation peut produire le glaucome.

Enfin Coppez en 1885 signala, au Congrès d'Ophtalmologie, trois cas de panophtalmies ayant pour point de départ la piqûre cornéenne.

Aussi pensons-nous avec notre maître, M. le Professeur Gayet, que ce procédé est à rejeter.

Examinons maintenant un autre procédé, le procédé dit de l'aspiration. Il ne convient qu'à un très petit nombre de cataractes, aux cataractes liquides ou très molles qui se résorbent très facilement par la discision. En somme, comme ce procédé n'est qu'une modification de celui que nous venons d'étudier, qu'il est aussi dangereux et un peu plus compliqué, nous ne nous en occuperons pas davantage, et nous passerons tout de suite à l'étude des méthodes dites par extraction, de la kératokystitomie en particulier.

Voici comment opère M. le professeur Gayet.

Il plonge son couteau dans la chambre antérieure après avoir traversé la cornée et en le dirigeant vers la pupille.

La pointe arrive au contact de la cristalloïde et l'incise superficiellement de bas en haut. Il dégage cette pointe et ramène le couteau dans le plan transversal. La contreponction et l'incision cornéenne terminent cette opération.

Les principaux dangers sont le prolapsus de l'iris et du corps vitré. Ils sont beaucoup moins sérieux que ceux auxquels expose la discision ; le chirurgien peut les prévenir par son habileté ou du moins y porter facilement remède.

Quels sont les résultats obtenus avec ce procédé ?

Bailby nous dit qu'ils sont supérieurs à ceux que l'on peut obtenir avec les autres méthodes et nous en sommes convaincu, mais il nous appartient de les exposer et de les critiquer.

Dotard, dans sa thèse, a publié quelques observations de cataractes molles opérées par ce procédé à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il y a trois observations de cataractes molles congénitales unilatérales, et trois améliorations notables comme résultat.

$$V. = 1/15^e + 12 \text{ d.}$$

$$V. = 1/15^e + 10 \text{ d.}$$

$$V. = \text{bon résultat.}$$

Il y a encore 17 observations de cataractes molles infantiles, cinq unilatérales avec trois améliorations notables et deux améliorations légères.

$$V. = 1/10^e = + 9.$$

$$V. = 0.4 + 10$$

$$V. = 1/10^e + 9.$$

$$V. = 1/30^e$$

$$V. = 1/50^e$$

Voici les résultats des autres observations.

$$V. = 1/2 + 11 \text{ d.}$$

$$V. = 1/2 + 13 \text{ d.}$$

$$V. = 0. D. 1.6 + 9.$$

$$O. G. 1/4 + 10.$$

$$V. = 1/8 + 11 d.$$

$$V. = 1. 15.$$

$$V. = 0.3 + 12 d.$$

$$V. = 0.2 + 12 d.$$

$$V. = 0.$$

$$V. = 0.$$

Malgré ces deux pertes de vision, l'opération semble s'imposer après de tels résultats. Toutefois nous sommes obligés de faire une distinction très importante entre les cataractes bilatérales et les cataractes unilatérales. Quant à ces dernières, nous croyons que l'opération n'est d'aucune utilité. La vision binoculaire n'est nullement améliorée par l'opération, l'opéré continue à se servir uniquement de l'œil sain. Enfin la correction, par les verres, de l'acuité obtenue est insuffisante pour lui permettre de percevoir deux images superposables. C'est pour cela que nous croyons que dans ces cas l'opération est à refuser. L'intervention condamnerait des enfants qui ont un œil sain, à porter devant l'œil opéré un verre de 10 à 15 dioptries sans aucun bénéfice pour la vision binoculaire.

Enfin il nous faut examiner si les résultats immédiats, que nous venons d'étudier, se maintiennent après l'opération ?

Il nous faut donc étudier ce que devient la vision quelques années après l'opération.

Bailby dans sa thèse, publie dix observations de

cataractes molles dont il nous donne les résultats éloignés.

Notons deux résultats excellents :

A 3 mètres un enfant peut distinguer les aiguilles d'une montre, un autre peut lire un journal à 30 centimètres et sa vue paraît s'améliorer depuis un an.

A côté, que d'insuccès ! Trois fois la perte de la vision a été complète, une fois l'acuité reste très défectueuse et trois fois les résultats mal connus peuvent se discuter.

Après avoir relu les observations, nous pensons que ces résultats sont médiocres.

Les résultats des opérations de cataractes molles infantiles unilatérales ou bilatérales paraissent plus brillants. Il y a 17 observations, 5 résultats excellents quatre ou cinq ans après l'opération, dans certaines observations on prétend que la vue est normale ; quelques résultats passables ou satisfaisant, à peu près les désirs de l'opéré, 2 ou 3 observations ; puis quelques résultats déplorables avec perte de vision et enfin toute une série d'observations très intéressantes que nous allons citer et qui nous apporteront une notion nouvelle : la diminution de l'acuité ou même la perte absolue de la vision quelque temps après l'opération.

OBSERVATION II

(De la collection de la clinique publiée dans la thèse de Bailby.)

A. B. — Huit mois, demeurant à Ceyzerieu (Ain). — Entrée le 25 juillet 1888. Cataracte double ayant débuté il y a trois mois.

29 juillet. — O. D., kératokystitomie supérieure. Incision étroite, kystitomie excessivement difficile vu la coriacité de la capsule. Celle-ci est prise entre les bords d'une pince à iridectomie et extraite toute entière. Un peu d'issue de l'humeur vitrée. Octobre 1889. O. G., opéré à Genève par M. Altenoph. Septembre 1894. V. O. D. = O.

V. O. G. = peut à peine se conduire.

OBSERVATION III

(De la collection de la clinique publiée dans la thèse de Bailby.)

M. D., âgé de six ans, demeurant à Briennon (Loire). Entré en avril 1878.

Cataracte O. D. ayant débuté à l'âge de trois ans. — Kératokystitomie supérieure.

19 mai 1880. — V. O. D. = 0.2 avec + 10 dioptries.

25 mai 1880. — Opération de O. G. par kérato-kystitomie. La cataracte remontait à cinq ans.

V. = 0.2 avec + 12 d.

Septembre 1894. — Pendant une période de 7 ans, l'enfant a pu lire et écrire. L'opération avait donné un excellent résultat. Puis en quelques jours la vue a sensiblement baissé. Actuellement l'enfant peut à peine distinguer les gros titres des journaux. Trouble profond des milieux.

OBSERVATION IV

(De la collection de la clinique publiée dans la thèse de Bailby.)

T. P., onze ans, demeurant à Lyon. Entré le 24 mai 1894. Cataracte molle, O. G., complète ayant débuté il y a six mois. Le malade déclare cependant n'avoir jamais bien vu. La vue commence à baisser. O. D.

Le 5 juin. — Kératokystitomie supérieure. Issue d'un cristallin mou qui sort par fragments, mais complètement. Lavage intra-oculaire.

V. O. G. = $1/30$ + x dioptries.

Juin 1894. — V. O. G. = 0.

OBSERVATION V

(De la collection de la clinique publiée par Bailby.)

J. A .., 13 ans, demeurant à Montchat (Rhône). Entré en avril 1893, rougeole, coqueluche dans l'enfance.

Il y a sept mois, le malade avait reçu un coup dans la région temporale droite. Cataracte, O. D., blanc bleuâtre incomplète, avec des stries dirigées de dehors en dedans, de bas en haut avec une partie centrale allongée dans le sens transversal, ayant débuté il y a trois mois.

Août 1893, opéré par kératokystitomie sup.

V. O. D. = $1/8 + 8$ dioptries.

Décembre 1894. Résultat médiocre. L'enfant peut simplement lire le titre d'un journal.

OBSERVATION VI

(De la collection de la clinique publiée dans la thèse de Bailby.)

P. C..., 40 ans, demeurant à Pont-de-Vaux. Entré en avril 1887, cataracte O. G., ayant débuté il y a deux mois spontanément sans traumatisme.

Kératokystitomie supérieure. La crainte de voir l'iris s'enclaver fait défaire le pansement, une demi-heure après l'opération. On tente de réduire l'iris avec la curette, mais comme on n'y parvient pas on fait une iridectomie.

Septembre 1894 — V. O. G. = 0.

OBSERVATION VII

(De la collection de la clinique publiée dans la thèse de Dolard.)

D. M..., 46 ans, demeurant à Cublize (Rhône), entrée le 10 janvier 1881.

Opérée en 1878 d'une cataracte molle O. G. Au bout de quelque temps elle quittait l'hôpital avec une vue très satisfaisante de ce côté. Mais depuis un an elle s'aperçoit que la vue diminue non seulement du côté droit mais encore du côté primitivement opéré.

On trouve, en effet là, de l'iritis plastique pour laquelle on fait le 15 janvier une iridectomie. Au mois de septembre la ma-

lade revient dans le service pour être opérée d'une cataracte O. D.

A gauche on constate la disparition de la chambre antérieure. Adhérence totale de l'iris à la cornée V. = O.

Kérato kystitomie et iridectomie O. D. le 1^{er} octobre 1881.

Capsule très épaisse, issue pénible du cristallin.

A la sortie de l'hôpital, la malade a une acuité O. D. de 0,2 avec + 13 dioptries.

OBSERVATION VIII

(De la collection de la clinique publiée dans la thèse de Bailby.)

D. M..., 44 ans, demeurant à Cublize (Rhône). Entrée en février 1878, cataracte molle O. D. ayant débuté il y a deux mois. Kérato-kystitomie.

Septembre 1894. Quinze mois après l'opération, la vue a très sensiblement diminué. Deux mois après, la cécité était complète.

A quoi sont dues ces diminutions d'acuité ou ces pertes de vision quelque temps après l'opération ?

Sont-elles en rapport direct avec le résultat immédiat de l'opération ou sous la dépendance d'une autre cause ? Dans quelques cas les résultats de l'opération étaient plutôt médiocres, mais dans l'observation IV, il était très satisfaisant.

Donc ce n'est pas du résultat immédiat que semble dépendre le résultat fonctionnel éloigné de l'opération. Il y a d'autres causes plus ou moins obscures que nous allons rechercher en étudiant nos observations. Chez les opérés ayant dépassé l'âge de cinq ans, les résultats fonctionnels éloignés sont d'autant plus satisfaisants que l'affection a mis plus de temps à se développer. Chez ceux, au contraire, dont la cataracte a évolué en deux ou trois mois, l'acuité visuelle reste très défectueuse. (Obs. VI et VII.)

Cette diminution de la vision, un certain nombre d'années après l'opération, semble être l'apanage des cataractes infantiles. Tantôt on voit la vue baisser lentement, tantôt, au contraire, elle baisse avec rapidité.

Cette évolution malheureuse démontre que les cataractes infantiles sont liées à un processus pathologique plus grave que les cataractes congénitales et « semble donner raison à ceux qui veulent voir dans l'étiologie de cette affection une auto-intoxication. » Bailby.

Enfin la plupart de ces diminutions tardives de la vision doivent être imputées à des cataractes secondaires par régénération du cristallin.

Nous voilà arrivé à la fin de l'étude des cataractes molles.

Pour terminer, nous allons donner deux tableaux qui donnent, le premier, les résultats fonctionnels éloignés dans les cataractes molles congénitales opérées; le second, les résultats visuels éloignés dans les cataractes molles infantiles, et une observation dans laquelle on parle d'une phtisie oculaire observée sur œil opéré de cataracte congénitale.

TABLEAU I

**Résultats visuels éloignés dans les cataractes molles
congénitales opérées.**

Ce tableau a été dressé d'après dix observations publiées par le
Docteur Bailby

Améliorations notables de l'acuité.	Améliorations légères Acuité défectueuse	Perte de la Vision
3	4	3
30 %	40 %	30 %
<i>Total des observations : 10</i>		

TABLEAU II

Résultats Visuels éloignés dans les Cataractes molles
infantiles

Dressé d'après 17 observations publiées par le
Docteur Bailby

Amélioration notable de la Vision	La vue commence à baisser	Perte de la vision plus ou moins com- plète
6	7	4
35 %	41 %	23 %
<i>Total des Observations : 17</i>		

OBSERVATION IX

(De la collection de la clinique 1897.)

D. B..., 22 ans, domiciliée à Lyon. La malade a eu une enfance difficile, a été opérée il y a 18 ans pour la première fois.

L'œil gauche a été atrophié après une opération.

L'œil gauche s'est développé mais avec une vue très faible.

A été opérée à 3 ans, 8 ans et à 10 ans, probablement par la dissection par Sperino et Raymond, de Turin.

O. D. phtisie.

O. G. fond d'œil normal.

Dans les cataractes molles congénitales, 30 0/0 des opérés ont réellement profité de l'intervention chirurgicale et leur acuité visuelle a été considérablement améliorée, 40 0/0 n'ont eu qu'une amélioration légère et leur acuité est restée défectueuse ; 30 0/0 ont complètement perdu la vue. Tels sont les résultats quelques années après l'opération.

Voici les résultats éloignés des cataractes molles infantiles opérées. Quelques années après l'opération on a : améliorations notables, 35 0/0, améliorations légères, 41 0/0 ; pertes de vision ou visions quantitatives 23 0/0. Dans la plupart des améliorations légères la vue commence à baisser. En ne tenant aucun compte des accidents tardifs qui peuvent s'abattre sur les yeux des opérés (glaucome, phtisie oculaire), en nous plaçant simplement au point de vue des résultats fonctionnels, nous pouvons conclure qu'en dehors de toute lésion anatomique du fond de l'œil, les cataractes molles congénitales doivent être opérées avec une extrême prudence ; les cataractes molles infantiles évoluant rapidement chez les enfants ayant

dépassé l'âge de huit à neuf ans ont un pronostic fâcheux et ne doivent pas être opérées. Chez les enfants, les cataractes unilatérales ne doivent pas être opérées.

L'acuité visuelle obtenue immédiatement après l'opération ne se maintient pas. On doit incriminer très souvent les cataractes secondaires par régénération du cristallin.

CHAPITRE II

Des Cataractes régressives

Après les cataractes molles congénitales ou infantiles, nous devons étudier les cataractes régressives qui semblent n'être qu'une modification des premières.

Dans la cataracte molle, les fibres cristalliniennes sont gonflées et leur contenu subit la dégénérescence graisseuse. Si l'enveloppe même de la capsule vient à s'altérer et à se détruire, il se produit une liquéfaction du contenu du cristallin. Nous assistons au début de l'état régressif, qui est définitivement constitué lorsque les produits liquéfiés se résorbent ou s'éliminent grâce aux phénomènes physiologiques d'endosmose, et que la cataracte se trouve réduite aux deux cristalloïdes antérieure et postérieure qui ne renferment entre elles que des cristaux de cholestérine. C'est la cataracte aridi-siliqueuse.

D'autres fois le contenu de la capsule est condensé et transformé en sels calcaires. La capsule est épaissie, les fibres cristalliniennes calcifiées, c'est la cataracte pierreuse, la seconde forme des cataractes régressives. On les appelle encore cataractes trémulentes, à cause du balancement qu'elles présentent parfois, le cristallin dégénéré n'étant plus soutenu par la zonule de Zinn. A côté de ce tremblement, on peut noter de l'iridonésis.

A l'ophtalmoscope, on trouve une bande rouge

périphérique autour de l'opacité analogue à celle qu'on voit dans la cataracte zonulaire. Dans celle-ci, c'est à travers une partie transparente d'un cristallin complet que se voit la couleur rouge du fond de l'œil, tandis que dans la cataracte zonulaire, le même fond rouge est vu à travers les feuillets de la zonule de Zinn en partie débarrassée de la substance du cristallin résorbé.

Une troisième variété de cataractes régressives est constituée par les cataractes burséolées qui tiennent le milieu entre les cataractes liquides et les cataractes siliquieuses. Elles présentent une altération de la cristalloïde qui empêche la résorption des liquides intérieurs et maintient le cristallin distendu par la substance dégénérée et semi-liquéfiée.

A l'œil nu on croit voir une cataracte liquide moins volumineuse qu'à l'état normal. La teinte est moins laiteuse, plus sombre, quelques dépôts calcaires adhérent à la capsule.

L'éclairage oblique permet de reconnaître les détails de structure énoncés plus haut.

Dans ces cataractes, il ne faut intervenir qu'avec une extrême prudence et se souvenir que la plupart du temps ce sont des cataractes compliquées. Derrière elles se cachent souvent un décollement de la rétine, un sarcome, un gliome, une atrophie du nerf optique. Aussi doit-on toujours rechercher avec soin l'état de la perception ou de la projection, et n'opérer qu'après un examen minutieux ayant démontré l'absence de toute complication.

CHAPITRE III

Des Cataractes zonulaires

Voici une troisième variété de cataracte qu'on observe fréquemment chez les jeunes sujets. Nous ne voulons point faire son historique. Sichel, dans son iconographie ophthalmologique, en donne un dessin.

Il insiste sur la zone noire qui entoure l'opacité, sur les stries dirigées vers la circonférence. Cette cataracte qui est formée par l'opacification partielle d'une zone cristallinienne intermédiaire aux couches corticales et au noyau restés intacts, présente un aspect caractéristique.

Au niveau de la pupille, on aperçoit une opacité circulaire grisâtre plus ou moins prononcée de 5 à 6 millimètres de diamètre, séparée par une ligne de démarcation très nette des parties du cristallin qui ont conservé leur transparence.

Sa véritable caractéristique est dans la transparence absolue de la région comprise entre le bord pupillaire et l'équateur du cristallin.

A l'éclairage oblique, la loupe fait voir, en noir foncé, ces parties périphériques transparentes, tandis que le centre opalifié apparaît blanchâtre et chatoyant.

A l'ophthalmoscope (miroir plan), on distingue un centre noir, constitué par la partie opacifiée entouré d'un cercle rouge lumineux qui permet de voir le fond

de l'œil et qui est constitué par la portion transparente du cristallin.

Telle est la cataracte zonulaire type. Nous avons dit qu'une ligne de démarcation très nette séparait le centre opacifié de l'anneau périphérique transparent. Cette forme type peut rester stationnaire.

Mais lorsque on remarque que cette ligne de séparation est traversée par des rayons opaques divergents, la cataracte a de la tendance à devenir totale. Cette considération est très importante au point de vue du pronostic et du traitement.

Les indications opératoires de ces cataractes sont d'une extrême précision. Le chirurgien n'a qu'à profiter de la zone transparente pour permettre aux rayons lumineux d'arriver sur la rétine. A travers le cristallin non opacifié, il leur trace un chemin détourné en enlevant au besoin un coin du voile qui le cache, en faisant une iridectomie optique.

De cette simple opération, les malades retirent de grands avantages. On réserve l'extraction pour les cataractes zonulaires totales.

O. Becker, en 1888, a publié la statistique d'Heidelberg. En vingt ans, il a fait cent deux iridectomies qui lui ont donné d'excellents résultats.

Voici, d'après Dolard, les résultats de vingt iridectomies pratiquées par M. le professeur Gayet, pour vingt cas de cataracte zonulaire. Ils sont transcrits avec l'âge des opérés.

16 mois, double iridectomie. Bons résultats.

3 ans	—	—	V. O. D. G. = 1/10 + 9 d.
8 —	—	—	V. = 1/10 sans lunettes.

8	—	—	V. = 1.	
9	—	—	V. O. D. G. = $\frac{1}{3}$ ss lunettes.	
10	—	—	V. O. D. = $\frac{1}{2}$ V. O. G = $\frac{1}{3}$.	
10	—	iridectomie O. G. V. = O. G. = $\frac{3}{5}$. Subira l'iridectomie O. D. plus tard.		
10 ans,	double	iridectomie	V. O. D. G. = $\frac{1}{10}$ sans lunettes.	
11	—	—	V. O. D. G. = 1	—
12	—	—	V. = bonne	—
13	—	—	V. = bonne	—
14	—	—	V. = 1. O. D. G.	—
14	—	—	V. = $\frac{1}{10}$ O. D. G.	—
15	—	—	V. = $\frac{1}{4}$ O. G. V. = $\frac{1}{3}$ O. D. sans lunettes.	
17	—	—	V. = bonne.	
18	—	—	V. O. D. G. $\frac{1}{10}$ sans lunettes.	
20	—	—	V. O. D. G. $\frac{1}{14}$.	
23	—	—	V. O. D. G. $\frac{1}{12}$ + 10 D.	
22	—	—	V. O. D. G. = $\frac{1}{10}$ ss lunettes.	
31	—	—	V. O. D. G. = bonne.	

Lorsque la cataracte est complète l'extraction s'impose, mais les résultats sont loin d'être aussi brillants.

Pour conclure, nous dirons que les cataractes zonulaires ordinaires doivent être traitées par l'iridectomie, l'extraction doit être rejetée. Quant ces cataractes sont complètes, l'extraction s'impose et le pronostic s'assombrît.

CHAPITRE IV

Des Cataractes Traumatiques

On commence à les observer chez les enfants à partir de l'âge de sept ans. Elles sont plus fréquentes chez les adultes et surtout chez les ouvriers qui travaillent le fer.

Le plus souvent, cette cataracte est unilatérale. Il est rare, en effet, que les deux yeux soient atteints par le traumatisme. En général, elle est consécutive à une plaie pénétrante du globe de l'œil ayant intéressé la cristalloïde ou le tissu propre du cristallin. Parfois, elle succède à une simple contusion de l'œil, la zonule reste intacte et la cristalloïde n'est pas déchirée.

De la plaie elle-même dépend la forme de la cataracte : si la plaie est petite et si elle se cicatrice rapidement, la cataracte peut rester incomplète.

En général, les lèvres de la cristalloïde, grâce à leur grande élasticité, tendent à se rétracter de manière à rendre la plaie de plus en plus béante. Au contact de l'humeur aqueuse, le tissu du cristallin se gonfle et se ramollit en devenant de plus en plus blanchâtre et en faisant saillie dans la chambre antérieure. L'évolution est très rapide et cette cataracte, quand elle est complète, ressemble à une cataracte liquide, laiteuse. Quand à la suite du traumatisme une

parcelle de fer est restée incluse dans le cristallin, la cataracte peut prendre un aspect jaunâtre après formation d'oxyde de fer.

Ces cataractes se compliquent fréquemment de la présence de corps étrangers.

D'après ce court exposé, on voit que les suites d'une cataracte traumatique dépendent de l'étendue de la blessure, des désordres concomitants et d'après ce que nous savons de l'âge du sujet.

En effet, jusqu'à un certain âge, on peut espérer la résorption spontanée de la cataracte. Malheureusement cette heureuse terminaison est fort rare et le plus souvent on est obligé d'intervenir.

Ce sont les résultats de cette intervention que nous allons étudier. Nous utiliserons le beau travail de M. le docteur Aurand, ancien interne de la Clinique Ophthalmologique, qui a pu dépouiller plus de 500 observations de cataractes traumatiques échelonnées sur une période de seize années.

En suivant son exemple « nous laisserons de côté les cas où le traumatisme est trop grave pour que la cataracte puisse être prise en considération. Nous laisserons également de côté les observations des malades qui ont refusé tout traitement ou qui ne sont pas revenus subir l'opération conseillée, et enfin celles des cas déclarés incurables. »

De notre côté, et d'après le conseil de M. Aurand lui-même, non seulement nous ne tiendrons aucun compte des observations de cataractes très anciennes pour lesquelles on a fait une pupille artificielle, mais de toutes celles où l'iridectomie a été le seul traite-

ment. Avec lui, nous ne considérons ce traitement que comme palliatif, tout en le regardant comme un traitement de choix lorsqu'on peut l'utiliser, c'est-à-dire lorsque la cataracte est partielle.

Dans notre tableau III, nous avons réuni année par année tous les résultats immédiats des opérations pratiquées à la clinique sur de jeunes sujets porteurs de cataractes traumatiques. Plus haut, nous avons expliqué comment a été faite notre statistique.

TABEAU III

Résultats visuels immédiats dans les cataractes
traumatiques opérées chez des jeunes sujets.

AMÉLIORATIONS NOTABLES	A. LÉGÈRES	VISIONS QUALIT PERTES DE VISION
1890 V = 1/4 + 8	0	0
1891 0	0	0
1892 1/6 + X D	0	1 voit les doigts
1893 V = 1/10	0	1
1894 V = 1/15 + 13		
V = 1/15 V = 1/40	0	
1895 V = 1/15 V = 1/20 V = 1/15 V = 1/40	0	4
1896 V = 1/12 + 14 D V = 1/15	0	3
1897 V = voit bien + 14 D V = 1/14 + 10 D V = 1/40 <u>15</u>	V = 1/360 V = 1/X <u>2</u>	<u>2</u> 10
TOTAL DES OBSERVATIONS: 27		
56 0/0	7 0/0	37 0/0

D'après ce tableau rédigé avec 27 observations, on voit que le résultat immédiat de l'opération est une amélioration de l'acuité, soit près de 56 améliorations notables, 7 améliorations légères et 37 visions quantitatives ou pertes de vision pour 100 cas.

C'est le résultat auquel nous sommes arrivé, en ne tenant compte que des observations où l'acuité est donnée après l'opération. Dans un grand nombre d'observations, cette acuité n'est pas donnée; on se contente de signaler la persistance de débris cristalliniens, ou on reste muet sur les suites de l'opération. Dans ces cas, n'est-il pas permis de se demander si la vue a été réellement améliorée ou s'il n'y a eu, comme résultat de l'intervention, que vision quantitative ou perte de la vision? Si on tenait compte de ces observations et si on regardait leurs résultats comme négatifs, notre pourcentage serait profondément modifié, les résultats nous paraîtraient beaucoup moins brillants.

D'ailleurs, ces résultats immédiats ne se maintiennent pas longtemps après l'opération. On peut s'en convaincre d'après un autre tableau de la thèse d'Aurand.

Influence de l'âge sur les résultats visuels éloignés dans les cataractes traumatiques opérées d'après Aurand :

		PÉRIODE DE 1 à 35 ans.		PÉRIODE DE 35 à ∞ ans.	
Améliorations de l'acuité	{ notables....	5	20,8 o/o	9	36 o/o
	{ légères.....	9	37,5 o/o	5	20 o/o
	TOTAL.....	14	58,3 o/o	14	56 o/o
Résultats négatifs	{ Vision quantitat..	5	20 o/o	6	24 o/o
	{ Vision nulle.....	5	20 o/o	5	20 o/o
TOTAL des résultats négatifs...		10	40 o/o	11	44 o/o
TOTAL des observations....		24	51 o/o	25	48 o/o

Dans ce tableau, on a tenu compte des observations de cataractes pour lesquelles on s'était contenté d'une simple iridectomie comme tout traitement. Il nous faudrait donc déduire ces observations qui ne doivent pas entrer dans notre statistique, et alors nous serions loin d'avoir 9 améliorations pour 11 visions quantitatives ou visions nulles.

En effet, il suffit de jeter un coup d'œil sur un autre tableau de la même thèse pour voir que dans le plus grand nombre des améliorations tardives l'iridectomie a été le seul traitement.

Influence du mode opératoire suivant l'âge des sujets, sur les résultats visuels éloignés dans les cataractes traumatiques opérées.

	Kérato Kystitomie seule		Kérato Kystitomie et iridectomie		Iridectomie seule		Discision	
	de un à 35 ans	de 35 à X	de un à 35 ans	de 35 à X	de un à 35 ans	de 35 à X	de un à 35 ans	de 35 à X
A {	légères..	2	4	3	2	2	0	0
	notables	1	6	1	3	1	1	0
TOTAL...		3	10	4	5	3	1	0
		60 o/o	83 o/o	66 o/o	33 o/o	75 o/o	25 o/o	0
Vision q...r.		1	1	0	6	0	3	1
		20 o/o	8 o/o	0	40 o/o	0	75 o/o	100 o/o
Vision nulle		1	1	2	4	1	0	0
		20 o/o	8 o/o	33 o/o	27 o/o	25 o/o	0	0
Tor. des obs.		5	12	6	15	4	4	1
		29 o/o	70 o/o	28 o/o	71 o/o	50 o/o	50 o/o	100 o/o

De toute cette discussion, il faut retenir que « le temps, loin d'améliorer l'acuité fournie par l'opération, la diminue (Aurand) » ; que le nombre des résultats négatifs l'emporte sur le nombre des améliorations tardives.

A quoi sont dues ces pertes de vision tardives ? Peut-on les attribuer à une particularité du traumatisme, à une complication opératoire non septique ?

Sur 10 cas, Aurand a trouvé trois issues du vitré dont deux se sont produites au moment du traumatisme et de l'opération, et une à la suite d'un nouveau traumatisme post-opératoire.

Dans un de ces cas également était noté un corps étranger (éclat de pierre implanté derrière l'iris). Dans tous les autres cas, il avait trouvé des plaies assez profondes de l'œil, l'une d'elles était produite par l'explosion d'une cartouche de dynamite.

Pour lui, ces causes ne sont pas suffisantes pour expliquer cette influence néfaste du temps sur les améliorations post-opératoires.

Il admet avec notre maître, M. le professeur Gayet, qu'il faut mettre ces diminutions de l'acuité sur le compte des cataractes secondaires. « Il se passerait dans les cataractes traumatiques opérées le même fait que dans les cataractes non traumatiques, à savoir que dans les deux cas, le temps compromet les résultats visuels fournis par l'opération et qu'il faut alors incriminer le plus souvent les cataractes secondaires. » Ce qui vient confirmer encore cette opinion, c'est que sur les cinq malades examinés à la Clinique par M. Aurand, deux présentaient nettement une cataracte

secondaire. Nous donnons deux observations de cataractes secondaires observées après l'extraction du cristallin. (Obs. X et XI).

De cette étude, que conclure ?

L'iridectomie, dans les cataractes traumatiques des jeunes sujets, est l'intervention qui donne le plus d'améliorations visuelles immédiates ou définitives.

Cette opération n'intéressant nullement le cristallin n'est au fond qu'une opération palliative. D'ailleurs elle ne convient qu'aux cataractes incomplètes. Lorsque les désordres sont plus graves et que le cristallin est complètement cataracté et que l'extraction s'impose, l'intervention est à discuter.

La kératokystitomie donne les meilleurs résultats, mais les résultats immédiats ne se maintiennent pas.

Cette diminution tardive de l'acuité ne semble devoir être imputée ni à une particularité de traumatisme, ni à une complication septique de l'opération, mais plutôt aux cataractes secondaires, par régénération du cristallin, observées fréquemment chez les jeunes sujets.

OBSERVATION IX

A. R... 29 ans, couturière, domiciliée à Barcelonnette. Entrée le 7 décembre 1896.

La malade a reçu un coup de serpent sur l'œil gauche, il y a trois ans. Il n'y avait eu solution de continuité en aucun point de la cornée. Actuellement, la malade distingue à peine le jour de la nuit.

Cataracte grise OG.

15 Décembre. Kératokystitomie. — La malade ne peut, après l'extraction du cristallin, distinguer nettement les doigts de l'opérateur.

Plus tard, la malade distingue les doigts à 15 centimètres.
A noter un staphylome et de nombreux débris cristalliniens.

OBSERVATION X

(De la collection de la Clinique)

M. J. . . , 28 ans, ajusteur mécanicien, domicilié au Teil (Ar-dèche). Entré le 21 octobre 1892.

Il y a dix jours, un éclat de bronze de la pulpe de l'index est venu frapper son OG. et est retombé immédiatement. Cet éclat n'est arrivé qu'en ricochant sur un mur. L'œil n'a pas saigné, le malade n'a pas senti s'écouler un liquide chaud. La vue a persisté un jour environ. Le malade a des douleurs préorbitaires jusqu'à hier, douleurs n'ayant jamais eu le caractère des douleurs hémicraniennes du glaucome.

Léger œdème rosé des bords palpébraux.

Vascularisation et épaissement de la conjonctive oculaire.

Cornée très transparente.

Le globe gauche est plus tendu que le droit et est douloureux à la pression.

La chambre antérieure a disparu.

L'iris dilaté est projeté en avant et appliqué à la face postérieure de la cornée.

Dans l'aire pupillaire on voit le cristallin blanc laiteux à moitié mou.

A l'éclairage oblique, on voit sur la cornée une petite cicatrice linéaire oblique, longue de 3 ou 4 millimètres, ne paraissant pas avoir intéressé toute la cornée.

27 Octobre. — Kératokystitomie supérieure classique. Accidents glaucomateux.

14 Novembre. — Des accidents inflammatoires apparaissent du côté opéré. Pansement double.

3 Janvier 1893. — On constate, après une période d'irritation oculaire d'un mois et demi à deux mois pendant laquelle le malade a été tenu au pansement compressif, la formation d'un staphylome circulaire provenant de l'amincissement de la sclérotique au niveau des procès ciliaires.

9 Janvier. — Deux brides capsulaires bordent l'ouverture pupillaire, une d'entre elles est engagée dans la plaie.

CHAPITRE V

Doit-on opérer les cataractes secondaires

Dans ce dernier chapitre, nous allons essayer de répondre à une question qu'on pourrait nous poser.

On pourrait nous dire : En présence des cataractes secondaires auxquelles vous imputez tant de méfaits, ne pourrait-on pas tenter une seconde opération et espérer un résultat meilleur et plus stable ?

Cette seconde intervention a rencontré de nombreux partisans et d'aussi nombreux adversaires.

Knapp et Kuhnt prétendent qu'à l'exception d'un petit nombre de cas où la capsule a été largement enlevée, aucune extraction de cataracte n'est terminée si la discision secondaire n'est pas parfaite. M. le professeur Gayet (dont l'expérience est immense, Lagrange) « redoute plus que tout autre cette opération laquelle est toujours incertaine, souvent inutile, parfois dangereuse ». (Congrès d'Heidelberg 1888.)

Dans notre premier chapitre, nous avons critiqué ce procédé ; nous avons montré quels résultats on pouvait obtenir, et nous avons examiné les dangers qu'il faisait courir. Il est évident que les résultats des opérations secondaires ne doivent pas être plus brillants que les résultats des opérations primitives, et nous regrettons de ne pouvoir pas donner ici les résultats

obtenus par Knapp sur de jeunes sujets. Malheureusement dans ses statistiques ce chirurgien n'a tenu aucun compte de l'âge des opérés. Quant aux accidents de cette opération (glaucome, iritis, panophtalmie) on pourrait les imputer à un défaut de l'opération, à une négligence des soins aseptiques, à une infection oculaire ou lacrymale des opérés.

Trousseau, qui a eu deux cas de panophtalmies à la suite de discisions secondaire, répond à ces objections.

« Je prévois d'avance les objections qui pourraient m'être faites (pour me les faire à moi-même) sur mes deux cas de panophtalmies après les discisions. Les précautions antiseptiques n'ont pas été bien prises, les patients étaient infectés, pourrait-on me dire. Si telles étaient les circonstances, je serais impardonnable d'insister sur ces deux cas. Mes malades n'avaient ni blépharite, ni conjonctivite, ni affections lacrymales ou nasales, ni aucune cause d'infection locale. Les précautions antiseptiques ont été rigoureusement prises. »

Toutes les précautions sont également bien prises dans la salle d'opération de la clinique ophthalmologique de Lyon, où les complications septiques sont inconnues, et pourtant la plupart de ces opérations n'ont donné que des résultats négatifs.

C'est pourquoi nous pensons avec notre maître que cette opération est à rejeter.

Un procédé moins dangereux, donnant un champ opératoire très large permettant d'enlever complètement le cristallin et sa capsule, le renversement temporaire de la cornée, de M. le professeur

Gayet, pourrait être utilisé dans l'extraction des cataractes secondaires. (Patchéff, thèse de Lyon.)

Neanmoins cette opération reste une opération de nécessité, on pourra la tenter « quand l'acuité visuelle est insuffisante pour permettre au malade de se conduire librement, de lire et d'écrire. » Panas.

OBSERVATION X

De la collection de la clinique Pascheff (loco citato) résumé.

J. R., 30 ans, entré le 30 janvier.

Diagnostic : cataracte secondaire ayant succédé à une extraction de cristallin. Opération 7 février. Kératotomie sup^r ext, renversement de la cornée, extraction de la capsule qui se présente sous l'œil de l'opérateur.

OBSERVATION XI

Pascheff. Thèse de Lyon 1899.

J. V., âgé de 29 ans entre à la clinique le 20 janvier 1897.

Diagnostic : cataracte traumatique. Histoire : il y a dix mois le malade reçu un éclat de bois dans l'O. G., il a continué à travailler mais sa vue a commencé à baisser.

Etat actuel. — L'iris est adhérent en dehors la cataracte est mûre : l'O. G. distingue la clarté.

Opéré le 21 janvier. — O. G. kératotomie supérieure, renversement, iridectomie externe, extraction directe des masses corticales avec la curette.

L'œil est un peu mou.

4 février. — A l'examen ophtalmoscopique on aperçoit le reste de la capsule cristalinienne qui gêne la vue. V. O. G. = $\frac{1}{360}$.

CONCLUSIONS

Chez les jeunes sujets, les résultats immédiats des opérations de cataractes ne se maintiennent pas en général.

Dans *les cataractes molles congénitales opérées*, quelques années après l'opération on a comme résultats :

Améliorations notables 30 %

Améliorations légères 40 %

Pertes de vision 30 %

Dans *les cataractes molles infantiles opérées*, quelques années après l'opération on a comme résultats :

Améliorations notables 35 %

Acuités douteuses, la

vision commençant à

baisser 41 %

Pertes de vision 23 %

Dans *les cataractes traumatiques opérées* chez les jeunes sujets, quelques années après l'opération on a comme résultats :

Améliorations notables 58 %

Pertes de vision 2 %

Donc le temps compromet les résultats immédiats des opérations de cataractes chez les jeunes sujets.

Outre les accidents ordinaires des opérations de cataracte, on observe souvent la formation d'une cataracte secondaire par régénération du cristallin qui semble inopérable.

Les cataractes molles infantiles ou congénitales doivent être opérées avec une extrême prudence, l'opération est à refuser pour toutes ces cataractes lorsqu'elles sont unilatérales.

Les cataractes régressives des jeunes sujets ne doivent pas être opérées car elles sont la plupart du temps compliquées de sarcome ou d'une atrophie du nerf optique.

Le traitement de choix des cataractes zonulaires est l'iridectomie. Lorsque le cristallin est complètement cataracté, l'extraction s'impose et le pronostic s'assombrit.

Une simple section de l'iris permettant aux rayons lumineux d'arriver sur la rétine doit être le traitement de choix des cataractes traumatiques incomplètes.

Par l'extraction du cristallin on peut espérer améliorer la vision de l'œil malade dans les cataractes traumatiques complètes, mais on doit craindre que les résultats immédiats ne se maintiennent pas et

redouter l'apparition de phénomènes sympathiques
sur l'œil sain.

Vu :

<i>Pour le Doyen, l'Assesseur,</i>	<i>Le Président de la Thèse,</i>
LACASSAGNE	GAYET.

Permis d'imprimer :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSI. — Ann. d'occulist. 1862.
AURAND. — Thèse de doctorat. Lyon 1894.
BAILBY. — Thèse de doctorat. Lyon 1894.
DE BONNEVAL DE GALIGNY. — Cataracte. Zonul 1855.
BARBAN. — Thèse de Lyon 1889.
BONDY. — Thèse de Paris.
BLANCHARD. — Thèse de Montpellier 1868.
O'BECKER. — Statistique d'Heidelberg 1883.
COPPEN. — Compte rendu de la clinique ophthalmol. de l'Hôpital St-Jean. Bruxelles 1883.
DOLARD. — Thèse. Lyon.
DELAVALLE. — Thèse. Lille 1896.
H. DOR. — Rapport sur le trait. de la cataracte cerg. Bull. et mém. de la société fr. d'ophth. Paris 1892.
GAYET. — Art. cristallin (Dict. Dechambre).
GUÉPIN. — Des cataractes de naissance. Ann. d'oculistique.
GRAND CLÉMENT. — Des conditions de succès dans l'opérat. de la cataracte.
GALEZONSKI. — Cataracte cong. Recueil d'ophth.
DE GAMA PINSO. — Contribution à l'étude de la cataracte secondaire.
CRITCHETT. — Opération for. cong. caps. cat. Dublin médical prees.
RUCK. — Thèse. Paris.
PASCHEFF. — Thèse. Lyon 1899.
-

